

問診票

MAKI
WOMEN'S CLINIC

ふりがな

年 月 日

■氏名

■生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ■年齢 歳

■現住所 〒

■電話番号 自宅

携帯

①来院された理由、症状に○を付け、記入して下さい

- 月経異常……………生理不順、月経がこない、月経量が多い・少ない、生理痛が強い、不正出血
- 帯下(おりもの)異常……………量が多い、色が気になる、臭いがする、かゆみがある
- 婦人科疾患の検診……………子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、子宮脱、子宮がん検診(頸がん・体がん)
更年期に関する健康相談、不妊相談、避妊相談、緊急避妊、月経移動
- さいたま市検診……………子宮頸がん・体がん、女性のヘルスチェック、肝炎ウイルス
- 妊娠しているかどうか…月経が遅れている、妊娠反応陽性
- 妊婦健診……………〔現在妊娠 週〕、〔予定日 年 月 日〕、週数不明
分娩施設 さいたま赤十字病院 さいたま市立病院
- 予防接種……………子宮頸がん予防ワクチン〔ガーダシル シルガード〕 風疹
- その他 []

②今までに治療した、あるいは現在治療中の病気はありますか？

- なし
- あり：喘息、高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、甲状腺疾患、精神疾患、てんかん
その他 []

③今までに手術をうけたことはありますか？

- なし
- あり []

④普段飲んでいる薬はありますか？

- なし
- あり [薬名：]

⑤アレルギーはありますか？

- なし
- あり：薬 []
食べ物 []
その他 []

⑥現在、喫煙していますか？

- いいえ
- はい

⑦月経について教えてください

- 初潮 [歳]
- 周期 順調 [日周期]
不順 [およそ 日周期]
- 最終生理 (最近の生理開始日) [月 日 ~ 日]
- 閉経 [歳]
- 生理の量 普通 少ない 多い
- 生理痛 ない ある 強い 痛み止め服用

⑧妊娠について教えてください

- 妊娠回数 [回] (ない場合は"0"と記入ください)
- 分娩回数 [回うち帝王切開 回]
- 流産回数 [回]
- 中絶回数 [回]

⑨性交の経験はありますか？

- なし
- あり

⑩結婚していますか？

- 未
- 既 [歳の時]

⑪どのようにクリニックをお知りになりましたか？

- 紹介〔家族・友人・その他〕
- 看板をみて
- インターネットをみて
- その他 []